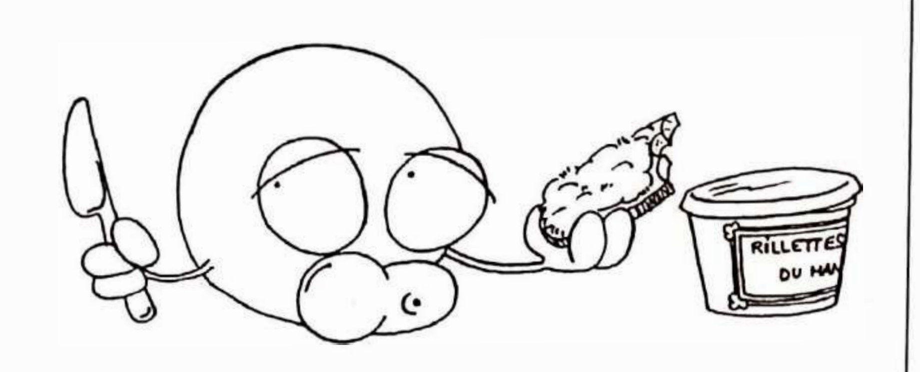
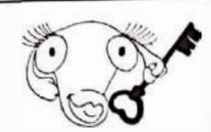
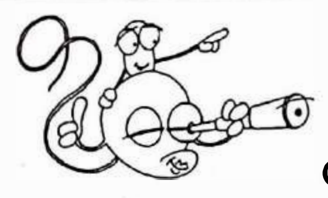
INFECTION ET GROSSESSE : LISTERIOSE





MOTS-CLES

- Fièvre maternelle
- Chorioamniotite
- Fausse couche spontanée fébrile
- Hémocultures
- Antibiothérapie
- Déclaration obligatoire
- Mesures hygiéno-diététiques



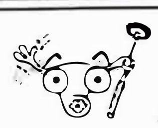
OBJECTIFS iECN : UE 2 – Objectif N°26

Expliquer les éléments de prévention vis-à-vis des infections à risque fœtal

1. INTRODUCTION

➾ C'est une maladie due à la ***Listeria monocytogenes***, fréquente chez les animaux et transmissible à l'homme par l'ingestion d'**aliments contaminés** (anthropozoonose)

2. SYMPTOMATOLOGIE MATERNELLE



ATTENTION REFLEXE

Toute fièvre chez une femme enceinte est une listériose jusqu'à preuve du contraire.

Du fait de la diminution des défenses immunitaires au cours de la grossesse, la femme enceinte est particulièrement sensible à cette infection. Cette sensibilité et d'autant plus grande que le terme est avancé (maximale au troisième trimestre). Les signes cliniques sont souvent pauvres, voire absents : syndrome pseudo-grippal avec fièvre et frissons, asthénie, myalgies, céphalées, troubles digestifs. La **fièvre** est le symptôme le plus fréquent (70 % des cas). La listériose chez la mère est une maladie banale, mais peut être responsable d'une **chorioamniotite** pouvant entraîner selon le terme, une fausse couche spontanée fébrile ou un accouchement prématuré fébrile avec un risque de méningo-encéphalite et de septicémie. La **mortalité néonatale** est dans ce cas très élevée.



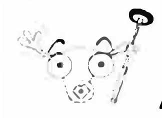
3. RISQUES FŒTAUX

La contamination se fait in utero par voie **hématogène transplacentaire**. La listériose en cours de grossesse peut avoir des conséquences graves :

- Chorioamniotite.
- Fausse couche spontanée fébrile, pour les infections survenues au 1er et 2e trimestre.
- Accouchement prématuré fébrile
- Mort fœtale in utero dans 20 à 30 % des cas.
- Listériose néonatale avec risque de méningo-encéphalite et de septicémie.

4. PRISE EN CHARGE

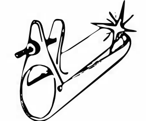
DIAGNOSTIC	En cours de grossesse, le tableau clinique n'est pas spécifique. Le diagnostic repose sur l'isolement du germe ⇨ **hémocultures** (3 en 24 heures) **devant toute fièvre inexpliquée avec recherche spécifique de *Listeria monocytogenes*.**  **ATTENTION REFLEXE** La sérologie listérienne est à proscrire car inutile. Elle est, selon les réactifs, soit trop peu sensible soit trop peu spécifique pour apporter une aide réelle au diagnostic. Au moment de l'accouchement : - **Examen anathomopathologique du placenta** recherchant des abcès listériens (parfois visibles à l'examen macroscopique). - **Examen bactériologique** des lochies et du placenta. Prise en charge du nouveau-né si listériose maternelle prouvée : hémocultures, prélèvement gastrique, méconial, cutané, éventuellement ponction lombaire.
TRAITEMENT	Si le diagnostic de listériose est confirmé par les hémocultures : traitement antibiotique par **AMOXICILLINE (Clamoxyl®) per os 3 à 6 g/j pendant 4 semaines.** Pour certains, l'AMOXICILLINE doit être continué jusqu'à l'accouchement. Certains associent un aminoside, par exemple : GENTAMICINE 3mg/kg/j par voie parentérale intraveineuse (une injection par jour) pendant 5 jours. En cas d'allergie à la pénicilline : TRIMETHOPRIME-SULFAMETHOXAZOLE (Bactrim®).
PREVENTION	Au cours de la grossesse, on conseille certaines **mesures préventives hygiéno-diététiques** : - Respecter les règles élémentaires d'hygiène. - Eviter la consommation des aliments à risque (charcuterie, pâté, fromages au lait cru, fruits de mer). - Bien cuire les viandes et les poissons. - Nettoyer régulièrement le réfrigérateur à l'eau javellisée (risque de contamination par contact avec un produit souillé). - Respecter les dates limites de consommation.



ATTENTION REFLEXE

Toute fièvre chez une femme enceinte est une listériose jusqu'à preuve du contraire.

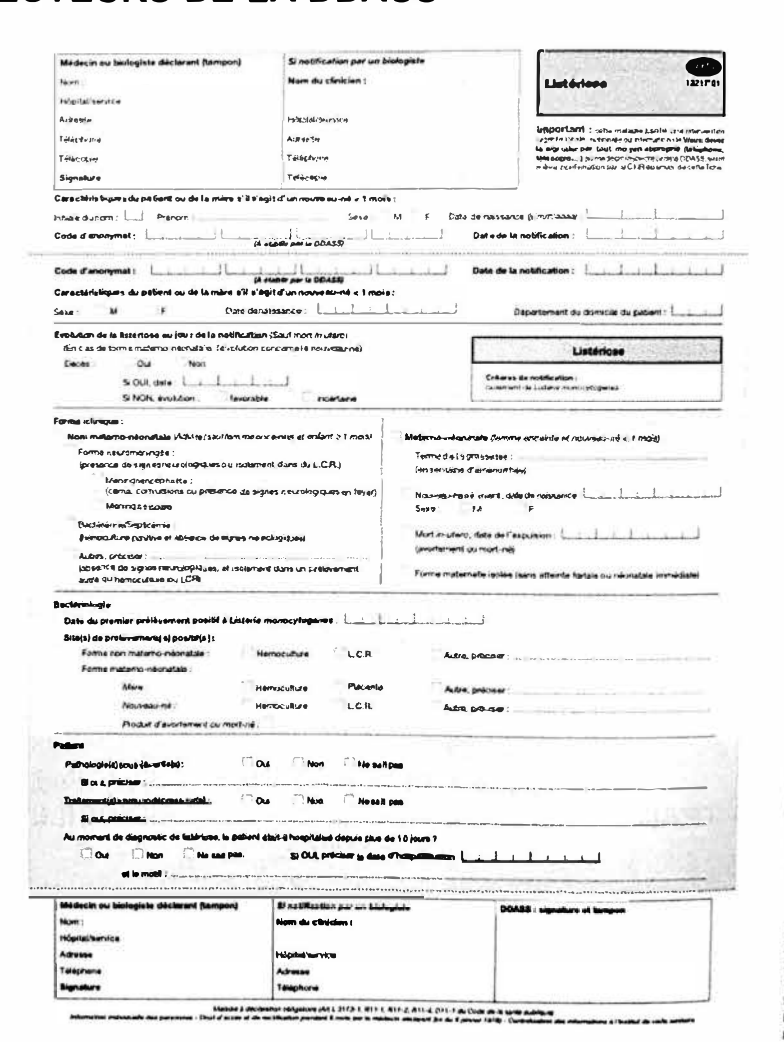
- ⇨ **Hémocultures** avec recherche spécifique de Listeria monocytogenes.
- ⇨ **Antibiothérapie** orale par AMOXICILLINE (Clamoxyl®) 3 g/j pendant 10 jours.



POUR LES FUTURS INSPECTEURS DE LA DDASS

Dès que le diagnostic est posé, le cas de listériose doit être signalé à la DDASS du département où réside le patient.

Une fiche de déclaration complétée par le médecin clinicien est envoyée au médecin inspecteur de santé publique de la DDASS. Ce dernier est chargé de faire compléter un questionnaire auprès du patient ou de son entourage proche, sur les aliments consommés par le patient au cours des 2 mois précédant sa maladie, et de s'assurer que la souche de *L. monocytogenes* isolée chez le patient a bien été envoyée au Centre National de Référence des *Listeria* (Institut Pasteur) pour typage et caractérisation. Le but de l'interrogatoire alimentaire est de pouvoir identifier, par recoupement des différents questionnaires, les éléments communs (aliments, chaîne de magasin...) entre des patients infectés par des souches similaires, afin de pouvoir remonter à une éventuelle source commune de contamination.



Médecin ou biologiste déclarant (tampon)
Nom :
Hôpital/service
Adresse
Téléphone
Télécopie
Signature

Si notification par un biologiste
Nom du clinicien :
Hôpital/service
Adresse
Téléphone
Télécopie

Listériose

Important : cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, télécopie...) au médecin inspecteur de la DDASS, avant même confirmation par le CNR ou envoi de cette fiche.

Caractéristiques du patient ou de la mère s'il s'agit d'un nouveau-né < 1 mois :
Initiale du nom : Prénom : Sexe : M F Date de naissance (jj/mm/aaaa)
Code d'anonymat : (À établir par la DDASS) Date de la notification :

Code d'anonymat : (À établir par la DDASS) Date de la notification :
Caractéristiques du patient ou de la mère s'il s'agit d'un nouveau-né < 1 mois :
Sexe : M F Date de naissance : Département du domicile du patient :

Évolution de la listériose au jour de la notification (sauf mort in utero)
(En cas de forme materno-néonatale, l'évolution concerne le nouveau-né)
Décès : Oui Non
Si OUI, date
Si NON, évolution : favorable incertaine

Listériose
Critères de notification :
isolement de Listeria monocytogenes

Forme clinique :
Non materno-néonatale (Adulte (sauf femme enceinte) et enfant > 1 mois)
Forme neuroméningée :
(présence de signes neurologiques ou isolement dans du L.C.R.)
Méningoencéphalite :
(coma, convulsions ou présence de signes neurologiques en foyer)
Méningite isolée
Bactériémie/Septicémie :
(hémoculture positive et absence de signes neurologiques)
Autres, préciser :
(absence de signes neurologiques, et isolement dans un prélèvement autre qu'hémoculture ou LCR)

Materno-néonatale (femme enceinte et nouveau-né < 1 mois)
Terme de la grossesse :
(en semaines d'aménorrhée)
Nouveau-né vivant, date de naissance
Sexe : M F
Mort in utero, date de l'expulsion :
(avortement ou mort-né)
Forme maternelle isolée (sans atteinte fœtale ou néonatale immédiate)

Bactériologie
Date du premier prélèvement positif à Listeria monocytogenes :
Site(s) de prélèvement(s) positif(s) :
Forme non materno-néonatale : Hémoculture L.C.R. Autre, préciser :
Forme materno-néonatale :
Mère Hémoculture Placenta Autre, préciser :
Nouveau-né : Hémoculture L.C.R. Autre, préciser :
Produit d'avortement ou mort-né :

Patient
Pathologie(s) sous-jacente(s) : Oui Non Ne sait pas
Si oui, préciser :
Traitement(s) immunodépresseur(s) : Oui Non Ne sait pas
Si oui, préciser :
Au moment du diagnostic de listériose, le patient était-il hospitalisé depuis plus de 10 jours ?
Oui Non Ne sait pas. Si OUI, préciser la date d'hospitalisation
et le motif :

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)
Nom :
Hôpital/service
Adresse
Téléphone
Signature

Si notification par un biologiste
Nom du clinicien :
Hôpital/service
Adresse
Téléphone

DDASS : signature et tampon

Formulaire de déclaration obligatoire de Listériose





A RETENIR

Toute **fièvre** pendant la grossesse est une listériose jusqu'à preuve du contraire

Maladie due à la ***Listeria monocytogenes*** ⇨ transmission à l'homme par ingestion d'aliments contaminés

La listériose en cours de grossesse semble être une maladie anodine pour la mère (syndrome pseudo-grippal), mais peut avoir des conséquences dramatiques pour le fœtus :

- Chorioamniotite.
- Fausse couche spontanée fébrile, pour les infections survenues au 1[er] et 2[e] trimestre.
- Accouchement prématuré fébrile
- Listériose néonatale avec risque de méningo-encéphalite et de septicémie.
- Mortalité fœtale et périnatale élevée

Le diagnostic repose sur les **hémocultures** avec recherche spécifique de *Listeria monocytogenes*. La sérologie listérienne est à proscrire car inutile.

Traitement par AMOXICILLINE 4 semaines (voire jusqu'à l'accouchement) +/- GENTAMICINE 5 jours.

Maladie à déclaration obligatoire.

Prévention par :

- Respect des **mesures hygiéno-diététiques**.
- Réalisation **d'hémocultures** et **antibiothérapie** systématiques devant toute fièvre au cours de la grossesse.